Arch Argent Pediatr. 2026;e202611304

Redes sociales y salud mental en la adolescencia: ¿Por qué el tiempo de pantalla ya no es la pregunta?

Ariel Melamud[1]

RESUMEN

La exposición de niños y adolescentes a las redes sociales alcanzó una magnitud que vuelve estéril el debate sobre si conviene o no que estén conectados. En la Argentina, la edad promedio del primer teléfono propio con internet es de 9,6 años y ocho de cada diez adolescentes usan redes todos los días. Sobre el impacto en salud mental persiste un desacuerdo genuino entre investigadores: mientras algunos autores sostienen que la masificación del *smartphone* reconfiguró la infancia y explica el aumento de ansiedad, depresión y autolesión, otros muestran que el tamaño del efecto poblacional es muy pequeño.

Esta actualización propone un modo de resolver la contradicción en la práctica: abandonar el tiempo de uso como criterio de riesgo y ordenar la evaluación clínica alrededor del patrón de uso y de la vulnerabilidad individual. Restringir el acceso reduce la exposición, pero no mejora por sí solo la salud mental.

Palabras clave: *adolescente; medios de comunicación sociales; salud mental; tiempo de pantalla; ciberacoso.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11304
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11304.eng

Cómo citar: Melamud A. Redes sociales y salud mental en la adolescencia: ¿Por qué el tiempo de pantalla ya no es la pregunta? *Arch Argent Pediatr.* 2026;e202611304. Primero en Internet 26-NOV-2026.

[1] *Subcomisión de Tecnologías de la Información y la Comunicación, Sociedad Argentina de Pediatría.*

Correspondencia para *Ariel Melamud: melamud@gmail.com*

Financiamiento*: Ninguno.*

Conflicto de intereses*: Ninguno que declarar.*

Recibido*: 16-9-2026*
Aceptado*: 24-9-2026*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Durante más de una década, la conversación pediátrica sobre pantallas giró alrededor de un número: cuántas horas por día. Hoy ya no sirve. De una población mundial de 8250 millones de personas, 6040 millones usan internet y 5660 millones tienen al menos una identidad de usuario en redes sociales.[1]

La pregunta clínica relevante dejó de ser si los adolescentes están conectados. Es cómo lo están, y a qué costo. Esta actualización narrativa se apoya en una búsqueda no sistemática en PubMed y en informes institucionales publicados entre 2018 y 2026.

LA MAGNITUD DEL FENÓMENO

La Encuesta Kids Online Argentina 2025, sobre 5910 niños y adolescentes de 9 a 17 años, aporta las cifras locales.[2] La edad promedio del primer celular propio con conexión es de 9,6 años. El 80 % usa redes sociales todos los días. El 46 % reportó algún problema derivado del uso de internet, celular o videojuegos en el último año, y el 21 % fue ofendido o maltratado por un compañero de escuela a través de internet. Un dato que suele pasar inadvertido: el 24 % de los adolescentes de 12 a 17 años apostó dinero en línea al menos una vez.

En el plano regional, un estudio de la Secretaría General Iberoamericana y la Organización Iberoamericana de Juventud sobre 22 países encontró que los jóvenes iberoamericanos pasan un promedio de 3 horas y 32 minutos diarios en redes sociales, el registro más alto del mundo, y que uno de cada cinco presenta algún trastorno mental vinculado al uso intensivo.[3] Más del 60 % refiere lo que el informe denomina ansiedad digital o FOMO (*fear of missing out*). Como telón de fondo, el suicidio ya es la tercera causa de muerte entre los 15 y los 19 años en la región.

UNICEF y la OPS son explícitas al señalar que el registro de violencia digital en América Latina sigue siendo limitado.[4] Vale distinguir "limitado" de "ausente": la ausencia de datos no autoriza a suponer baja prevalencia, y sí obliga a preguntar por el tema en la consulta.

UN DESACUERDO QUE ES REAL

Sobre el daño de las redes, hay dos bibliotecas enfrentadas y ninguna es marginal. De un lado, Haidt y Twenge, psicólogos estadounidenses que estudian el impacto de las redes sociales en la salud mental adolescente, sostienen que entre 2010 y 2015 se produjo un "gran recableado" de la infancia: el *smartphone* y las redes desplazaron el juego libre, el sueño y el contacto cara a cara.[5,6] Las curvas de ansiedad, depresión, autolesión y suicidio adolescente aumentan en ese mismo período y en varios países a la vez, con un efecto más marcado en mujeres, lo que resultaría coherente con mecanismos de comparación social y agresión relacional.[7,8] De ahí se derivan propuestas concretas: retrasar el debut en redes, sacar los teléfonos de la escuela y regular a las plataformas. Es la postura que más influyó en las políticas públicas recientes de Australia y el Reino Unido.

Del otro lado, Orben y Przybylski, investigadores británicos en psicología experimental, analizaron grandes bases de datos con métodos de curvas de especificación y concluyeron que el uso de tecnología digital explica, como máximo, alrededor del 0,4 % de la variación en el bienestar adolescente.[9] Odgers, psicóloga del desarrollo de la Universidad de California, agregó en *Nature* una advertencia que nos toca de cerca: atribuir la crisis de salud mental juvenil a las redes puede desviar recursos y atención de causas mejor documentadas, como la pobreza, la violencia, el aislamiento y la falta de acceso a servicios de salud mental.[10]

TRES PREGUNTAS QUE CONVIENE SEPARAR

Las dos posturas dejan de contradecirse cuando se separan tres preguntas que la discusión pública mezcla: **cuánto tiempo, cómo se usa y quién es el que usa**, que se describen a continuación.

La dosis es el peor predictor del que disponemos. Explica muy poco, se mide mal —los autorreportes de horas son notoriamente imprecisos— y no distingue entre un adolescente que edita videos y otro que hace "*scroll*" a las tres de la mañana. Sirve como conversación de entrada, no como criterio de riesgo.

El patrón de uso en cambio, se asocia de manera consistente con peor bienestar. Hablamos de síntomas de tipo adictivo, intentos fallidos de reducir el uso, y desplazamiento del sueño y de otras actividades que antes tenían valor para ese chico. El estudio HBSC de la OMS, sobre casi 280 000 adolescentes de 44 países, estima que el 11 % presenta uso problemático de redes sociales, frente al 7 % de 2018.[11] Esa cifra, y no el porcentaje que simplemente las usa, es la que debería orientar la mirada clínica.

La persona importa tanto como el patrón. El riesgo se concentra en mujeres adolescentes, en la ventana aproximada de los 11 a los 13 años, en niveles socioeconómicos bajos, en quienes tienen psicopatología previa y en adolescentes ya aislados fuera de línea. Un estudio longitudinal sobre 11 876 preadolescentes de la cohorte ABCD encontró que los aumentos de uso por encima del promedio de cada chico precedieron a más síntomas depresivos, sin la relación inversa, mientras que las diferencias de uso entre unos chicos y otros no se asociaron con síntomas depresivos.[12] Comparar cuántas horas usa un adolescente contra otro no predice nada; que ese mismo adolescente esté usando más de lo habitual para él, sí.

POR DÓNDE PASA EL DAÑO, CUANDO PASA

Identificado el subgrupo, queda establecer la vía. Hay al menos seis, con respaldo y modificabilidad desiguales.

La primera es el desplazamiento del sueño, la mejor documentada: un metaanálisis de acceso y uso de dispositivos portátiles muestra asociación consistente con menor duración y peor calidad del sueño.[13] El uso nocturno recorta horas y retrasa la fase REM, con consecuencias conocidas sobre el ánimo y el rendimiento.[14] Es, además, la única para la que existe una recomendación simple, gratuita y con respaldo consistente: el dispositivo no duerme en el dormitorio.

La segunda es la comparación social ascendente frente a contenido idealizado, que impacta en la imagen corporal y la autoestima con más intensidad en mujeres. Es el mecanismo que explica la asimetría de género señalada más arriba.

La tercera es la violencia digital: ciberacoso, sextorsión y difusión no consentida de imágenes, de prevalencia alta y notificación baja. En América Latina, entre el 21 % y el 61 % de los adolescentes refirió alguna conducta ofensiva en línea.[4] En *sexting*, una revisión sistemática con 39 estudios y más de 110 000 participantes aporta las cifras: alrededor del 15 % envió un *sexting* y el 27 % recibió uno; más relevante para la consulta, el 12 % reenvió material de otro sin consentimiento y al 8 % le difundieron el propio.[15]

La cuarta es la exposición algorítmica no buscada a material proautolesión, de restricción alimentaria o de desafíos de riesgo.

La quinta es el diseño persuasivo de las plataformas, con *scroll* infinito, métricas de aprobación y contenidos que caducan, que no se modifica desde la consulta, sino por vía regulatoria.

La sexta son las apuestas en línea, y es la que menos preguntamos. No llegan como actividad separada, sino por el mismo entorno donde el chico habla con sus amigos, junto con las criptomonedas y las compras dentro de las aplicaciones.[16] Un análisis de la Encuesta Kids Online muestra que la prevalencia trepa del 23,7 % al 31,3 % cuando se combinan acceso al celular antes de los 10 años y control parental débil.[17]

EL MISMO ESPACIO TAMBIÉN PROTEGE

Para algunos adolescentes, los espacios en línea ofrecen comunidad, pertenencia y exploración identitaria. Son, además, una vía real de acceso a información en salud y de reducción del estigma: no son pocos los adolescentes que llegan a la consulta por algo que vieron en una red. La llamada hipótesis compensatoria sugiere que el beneficio es mayor justamente en quienes tienen menos recursos sociales fuera de línea.

La consecuencia clínica es directa y va a contramano de lo que muchas familias esperan escuchar: desconectar a un adolescente no es una intervención neutra. Para algunos pacientes, retirar las redes elimina un factor de riesgo. Para otros, elimina su única red de sostén. Antes de recomendar un corte, hay que preguntar qué función cumple ese espacio en la vida de ese chico o esa chica.

QUÉ ESPERAR DE LAS PROHIBICIONES

Dos experimentos naturales permiten calibrar expectativas. Australia prohibió el acceso a redes sociales a menores de 16 años a partir del 10 de diciembre de 2025. La evaluación oficial a los tres meses, sobre 803 niños de 10 a 15 años y sus familias, encontró que el uso de plataformas restringidas bajó del 85,9 % al 81,5 % y la tenencia de cuentas propias del 52,4 % al 42,1 %.[18] Sí mejoró un indicador: la sensación de estarse perdiendo algo cayó del 43,3 % al 36,3 %. Conviene leerlo con cautela: la evaluación no midió salud mental, no tuvo grupo control y se apoya en un autorreporte a tres meses.

En el Reino Unido, el estudio SMART Schools comparó 1227 adolescentes de 12 a 15 años en 30 escuelas, 20 de ellas con políticas restrictivas de celulares.[19] Hubo menos uso dentro del establecimiento, unos 40 minutos menos por día, pero sin diferencias en el uso total durante la semana ni los fines de semana, y sin diferencias en bienestar mental, sueño ni rendimiento

académico. El diseño es transversal y la tasa de respuesta baja, de modo que no habilita conclusiones causales firmes.

Los dos apuntan en la misma dirección con alcances distintos. El australiano muestra que restringir el acceso reduce la exposición, bastante menos de lo esperado, y no midió salud mental. El británico sí la midió, junto con sueño y rendimiento, y no encontró diferencias. La restricción es un piso, no un tratamiento.

QUÉ HACER EN EL CONSULTORIO

La Academia Americana de Pediatría ha movido el eje sobre el uso de pantallas en su declaración de 2026: ya no se trata del "tiempo de pantalla", sino del "ecosistema digital", que hoy incluye al menos cinco dispositivos —teléfono, relojes inteligentes, consolas, computadoras y tabletas— y que no puede evaluarse sumando minutos.[20]

En la práctica, seis preguntas breves alcanzan para rastrear las vías descritas (*Tabla 1*). La que mejor rinde, en mi experiencia, es la segunda: si alguna vez intentó usarlo menos y no pudo. Apunta al núcleo del uso problemático y suele destrabar el relato. La quinta y la sexta requieren un momento a solas con el adolescente, sin los padres en el consultorio.

Queda una contradicción aparente que conviene enunciar. Si el tiempo de uso es mal predictor y restringir el acceso no mejora por sí solo la salud mental, ¿sobre qué base seguimos recomendando retrasar el debut en redes? El argumento no es de dosis de tiempo, sino de momento: la entrada a las plataformas suele darse entre los 11 y los 13 años, la ventana donde se concentra el riesgo, y posponerla no busca sumar menos horas, sino correr la exposición fuera de ese período. La evidencia que lo sostiene es indirecta, porque proviene de los estudios de vulnerabilidad y no de ensayos sobre la edad de debut, y a las familias conviene decírselo así.

Hay consejos que conviene sostener y otros que conviene abandonar (*Tabla 2*). Prescribir un número de horas como si fuera una dosis nos da la ilusión de haber intervenido y no modifica nada. Delegar todo en el control parental por *software* tiene el mismo problema, con el agregado de que instala vigilancia donde hace falta conversación.

Un principio atraviesa todo lo anterior: la presencia de adultos en redes sociales debería ser una condición para permitir que los niños participen en ellas. No presencia como control, sino como compañía disponible.

Tabla 1. Seis preguntas de rastreo para la consulta pediátrica

N.º	Pregunta	Qué rastrea
1	¿Dónde cargás el celular a la noche y a qué hora lo apagás?	Desplazamiento del sueño
2	¿Alguna vez intentaste usarlo menos y no pudiste?	Núcleo del uso problemático
3	¿Qué te aparece en el *feed* que vos no buscaste?	Exposición algorítmica, sin sonar acusatorio
4	¿Qué dejaste de hacer últimamente por estar conectado?	Desplazamiento funcional: deporte, amigos, escuela
5	¿Alguien te ofendió, te presionó o te pidió fotos?	Violencia digital, *grooming*, sextorsión. Requiere privacidad
6	¿Apostaste dinero en línea o jugaste con dinero en un juego?	Exposición emergente, alta prevalencia local, casi nunca preguntada

Tabla 2. Consejería: qué sostener y qué abandonar

Recomendar	Dejar de recomendar
El dispositivo no duerme en el dormitorio: la medida simple con respaldo más consistente.	Prescribir un número de horas como si fuera una dosis.
Retrasar el debut en redes sociales, que no es el debut digital: el argumento es la ventana de 11 a 13 años, no el total de horas.	Indicar el corte total sin evaluar qué función cumple ese espacio.
Plan familiar de medios acordado, con reglas que también rijan para los adultos.	Delegar todo en el control parental por *software*.
Enseñar a auditar el algoritmo: bloquear, silenciar, marcar "no me interesa".	Suponer que la ausencia de datos locales equivale a ausencia de riesgo.

CONCLUSIÓN

Nuestro trabajo no es decidir si las redes sociales son buenas o malas. La evidencia no permite ese veredicto y probablemente nunca lo permita, porque la pregunta está mal formulada. Sí sabemos dos cosas que el consultorio puede usar hoy: que restringir el acceso no alcanza, y que desconectar sin evaluar qué función cumple ese espacio puede hacer daño. Nuestro trabajo es identificar a qué adolescente le están haciendo daño, por qué vía y con qué vulnerabilidad previa. Eso no se resuelve con un umbral de horas ni con una prohibición. Se resuelve preguntando, y preguntando bien. ■

REFERENCIAS

1. We Are Social, Meltwater. Digital 2026: Global Overview Report. Octubre de 2025. [Consulta: 12 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://wearesocial.com/es/blog/2025/10/digital-2026/
2. UNICEF Argentina, UNESCO. Niñas, niños y adolescentes conectados. Kids Online Argentina 2025. Resultados principales. Buenos Aires: UNICEF; 2025. [Consulta: 12 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/24906/file
3. Secretaría General Iberoamericana, Organización Iberoamericana de Juventud. Entre la vulnerabilidad y la oportunidad: salud mental juvenil en entornos digitales. Madrid: SEGIB; 2026. [Consulta: 12 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://segib.org/wp-content/uploads/2026/03/Resumen-Ejecutivo_-Estudio-de-Salud-Mental-en-Entornos-Digitales.pdf
4. Marcus R, León-Himmelstine C, Jiménez Thomas Rodríguez D, Pereznieto P. Violencia contra niñas, niños y adolescentes en América Latina y el Caribe: nuevos datos y soluciones. Ciudad de Panamá: UNICEF, OPS; 2026. [Consulta: 12 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/media/53686/file/VAC%20Study%20-%20SP%20-%20WEB.pdf.pdf
5. Haidt J. The Anxious Generation: how the great rewiring of childhood is causing an epidemic of mental illness. New York: Penguin Press; 2024.
6. Twenge JM. iGen: why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy. New York: Atria Books; 2017.
7. Riehm KE, Feder KA, Tormohlen KN, Crum RM, Young AS, Green KM, et al. Associations between time spent using social media and internalizing and externalizing problems among US youth. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(12):1266-73. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2325.
8. Office of the U.S. Surgeon General. Social media and youth mental health: The U.S. Surgeon General's advisory. Washington DC: US Department of Health and Human Services; 2023.
9. Orben A, Przybylski AK. The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nat Hum Behav*. 2019;3(2):173-82. doi:10.1038/s41562-018-0506-1.
10. Odgers CL. The great rewiring: is social media really behind an epidemic of teenage mental illness? *Nature*. 2024;628(8006):29-30. doi:10.1038/d41586-024-00902-2.
11. World Health Organization Regional Office for Europe. Teens, screens and mental health. Copenhague: OMS; 25 de septiembre de 2024. [Consulta: 12 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health
12. Nagata JM, Otmar CD, Shim J, Balasubramanian P, Cheng CM, Li EJ, et al. Social media use and depressive symptoms during early adolescence. *JAMA Netw Open*. 2025;8(5):e2511704. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.11704.
13. Carter B, Rees P, Hale L, Bhattacharjee D, Paradkar MS. Association between portable screen-based media device access or use and sleep outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2016;170(12):1202-8. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.2341.
14. Owens J; Adolescent Sleep Working Group; Committee on Adolescence. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics*. 2014;134(3):e921-32. doi:10.1542/peds.2014-1696.
15. Madigan S, Ly A, Rash CL, Van Ouytsel J, Temple JR. Prevalence of multiple forms of sexting behavior among youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(4):327-35. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.5314.
16. Pedrouzo SB, Krynski L, Melamud A. Nuevas tendencias en el consumo y utilización de redes sociales y videojuegos. Consumos problemáticos. El fenómeno de las apuestas en línea. *Arch Argent Pediatr*. 2025;123(2):e202410459. doi:10.5546/aap.2024-10459.
17. Pedrouzo S, Aizpurúa M. Acceso temprano al celular propio, conductas de riesgo en línea y usos problemáticos. En: Aizpurúa M, Bellomo S, Czarny M, Fainboim L, Pedrouzo S, Reiman M, et al. Zoom a las infancias y adolescencias en la era digital: Análisis y reflexiones a partir de la Encuesta Nacional Kids Online Argentina. Buenos Aires: UNICEF Argentina; 2026:45-59. [Consulta: 16 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://bit.ly/3UXcxJL
18. eSafety Commissioner (Australia). Early days, early insights: social media age restrictions. Evaluación a tres meses. 31 de julio de 2026. [Consulta: 12 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.esafety.gov.au/newsroom/media-releases/early-insights-from-esafetys-comprehensive-evaluation-project
19. Goodyear VA, Randhawa A, Adab P, Al-Janabi H, Fenton S, Jones K, et al. School phone policies and their association with mental wellbeing, phone use, and social media use (SMART Schools): a cross-sectional observational study. *Lancet Reg Health Eur*. 2025;51:101211. doi:10.1016/j.lanepe.2025.101211.
20. Munzer T, Parga-Belinkie J, Milkovich LM, Tomopoulos S, Ajumobi T, Cross C, et al.; Council on Communications and Media. Digital ecosystems, children, and adolescents: policy statement. *Pediatrics*. 2026;157(2):e2025075320. doi:10.1542/peds.2025-075320.